

傷病手当金（付加金）・延長傷病手当金付加金 請求書 （第 回）

※日付はすべて和暦で記入

被保険者記入欄	被保険者証	記号	番号	被保険者氏名	印 (回転印不可)
	事業所名・所属	(所属)			生年月日 (和暦) 年 月 日
	被保険者の住所	〒 -			TEL
	傷病名	外傷の場合は「傷病原因届」を添付		労務不能のため休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	各種年金・障害手当金受給の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 請求中	種別	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害手当金 <input type="checkbox"/> 老齢年金	受給金額 年額 円 受給対象の傷病名 障害年金・障害手当金受給の場合に記入 受給開始年月日 (和暦) 年 月 日
備考欄	被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) ※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。				

担当医師の意見記入欄	傷病名	発病または負傷の原因	
	発病または負傷年月日	年 月 日	療養の給付を開始した年月日 年 月 日
	労務不能と認めた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	左記の期間中の診療実日数 日間
	入院した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間	
	傷病の主症状および経過概要	年 月 日 うえのとおり相違ありません。	

住所（所在地）
医療機関名
医師・助産師名 印 TEL

事業主証明欄	労務に服さなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	左記の期間中報酬の全額を支給した期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	月・日・時給制の別	<input type="checkbox"/> 月給制	<input type="checkbox"/> 日給月給制	<input type="checkbox"/> 日給制 <input type="checkbox"/> 時給制
	その他(各種手当等)	年 月 日から 年 月 日まで 日間	日額 円・支給額 円	出勤・(半休)支給額 円
	事業所所在地	年 月 日 うえのとおり証明します。		
	事業所名称 事業主氏名 電話番号	事業主証明年月日時点で復職している場合は、復職日を記入 (和暦) 年 月 日 印		

委任欄	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 受付日付印 </div>
本請求に基づく給付金に関する受領を事業主（代理人）に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 印 (回転印不可)	

在職者の方は、通常は事業主経由でお支払いしますが、できない事態に備え下欄に口座情報を記入してください（被保険者本人名義の口座に限る）。なお、ご記入いただいた口座情報は給付金支給するためだけに使用します。 ※2回目以降は記入不要（変更の場合は記入）

振込先記入欄	銀行コード	支店コード	口座番号
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	フリガナ 名義人		